



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1135 - Lo que impresiona, al final no es

R. Román Martínez^a, T.R. Álvarez Balseca^b, A. Egea Huertas^c, F.J. Fernández Valero^c, G. Alonso Sánchez^b, M.H. Vidal Giménez^c, M.J. Fernández Rodríguez^b, M.M. de la Torre Olivares^b, P. Rodríguez Lavado^c y J.D. Valero Morenilla^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas-Sur. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calasparra. Murcia. ^dMédico de Urgencias. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Resumen

Descripción del caso: Niño, 9 años, desde hace 30 días presenta dolor abdominal generalizado, intermitente, más focalizado en FID, con algún vómito esporádico y una deposición sanguinolenta; decaimiento, hiporexia y pérdida de peso. Refiere dolor en hemitórax derecho y hemiabdomen del mismo lado, intenso, que le despierta, acompañado de fiebre de 3 horas de evolución (38,5 °C). Se decide realizar Eco abdominal que informan de probable plastrón apendicular. Se contacta con cirujano de guardia, se realiza laparoscopia exploradora y apendicectomía, objetivando que el epiplón está difusamente infiltrado, realizando una resección del mismo y biopsia adenopática del mesenterio que informan de proliferación linfoide maligna.

Exploración y pruebas complementarias: REG, palidez, T^a 38,4 °C, TA 110/70, Sat 98. CDP: hipoventilación en base derecha. Abdomen distendido, con dolor generalizado, más focalizado en hemiabdomen derecho donde se palpa masa dura desde reborde hepático inferior hasta fosa iliaca derecha, en hemiabdomen izquierdo defensa a la palpación. SN: normal. Analítica: glucosa 105, urea 29, Cr 0,78, Na 135, K 3,6, PCR 77,7, PCT 0,5, LDH 860. Coagulación: TP 14,9, TP 65, TTPA 29,6. Hemograma: Hb 10,2, Hto 31,2%, plaquetas 402.000, leucos 13.900 (N 92,3%, L 4,30%). Rx tórax: hemidiafragama derecho elevado con respecto al izquierdo de forma significativa, expansión pulmonar asimétrica. Rx abdomen: silencio en hemiabdomen derecho, con desplazamiento de asas hacia hemiabdomen izquierdo con patrón en miga de pan. Ecografía abdominal: plastrón apendicular. Inmunofenotipo biopsia epiplón: se detectan linfocitos B maduros de gran tamaño y granularidad elevada con fenotipo sugestivo de infiltración por linfoma de Burkitt, FISH c-myc (8q24).

Juicio clínico: Linfoma de Burkitt abdominal estadio III (alto riesgo).

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda. Apendicitis. Infección urinaria. Anemia de células falciformes. Estreñimiento. Infecciones víricas. Neumonía. Diabetes mellitus Fibrosis quística. Enfermedad inflamatoria intestinal. Tumores. Torsión testicular.

Comentario final: El linfoma de Burkitt tiene un inicio brusco y un comportamiento muy agresivo que generalmente presenta afectación extraganglionar. Es más frecuente en la infancia que en adultos. Está compuesto por células B monomorfas con citoplasma basófilo y numerosas figuras mitóticas (cielo estrellado).

Bibliografía

1. Dolor abdominal en Pediatría. En: Benito Fernández FJ, Mintegi Raso S, Sánchez Etxaniz J, eds. Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias Pediátricas. Madrid: Ergon, 1999:103-19.

Palabras clave: Burkitt.